



MONOGRAPHIE

Tuberculose

Raccourcir les délais diagnostiques

Élisabeth Bouvet*

Bien que la France soit une zone de faible prévalence, la tuberculose est un sujet d'actualité. Plusieurs raisons expliquent que le praticien de ville non spécialisé en pneumologie ou en maladies infectieuses soit souvent sollicité pour cette maladie : les questions soulevées par la prévention par le BCG chez les enfants, le nombre important de personnes infectées non malades mais à risque éventuel de l'être, plusieurs centaines de milliers, les 6 000 cas annuels de tuberculose maladie dont le traitement dure toujours au moins 6 mois, les demandes d'intervention concernant la prise en charge des personnes exposées à un cas contagieux ou à risque de le devenir, la prévention du risque chez les immunodéprimés, et la mise à disposition de nouvelles techniques diagnostiques.

Toutes ces raisons sont autant de motifs de sollicitation du médecin praticien, plus particulièrement dans certaines régions, spécialement l'Île-de-France.

En conséquence, le praticien a un rôle à jouer dans certaines situations :

- la surveillance, le suivi et la gestion des effets indésirables du traitement de la tuberculose maladie ;
- la prise en charge d'une personne exposée à un patient contagieux ou possiblement contagieux ;
- l'indication de la vaccination par le BCG chez un enfant ;
- l'interprétation des tests tuberculiniques ou des tests de détection de l'interféron ;
- la prévention du risque de réactivation chez un immunodéprimé.

Toutes ces situations sont susceptibles de conduire chez le praticien de ville et méritent une prise en charge adaptée et bien documentée.

* Service des maladies infectieuses, hôpital Bichat-Claude-Bernard, APHP, Paris.
elisabeth.bouvet@bch.aphp.fr

Si le schéma classique du traitement de la tuberculose maladie n'a pas changé depuis 20 ans et que les formes multirésistantes sont rares en France, les connaissances sur la transmission et sa prévention ont évolué, les techniques diagnostiques ont changé et sont susceptibles de changer encore plus dans un futur proche.

Enfin, davantage que par le passé, la tuberculose concerne des groupes de population très spécifiques :

- avant tout la population migrante originaire des zones d'endémie, représentée en particulier en France par les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et dans une moindre mesure du Maghreb, d'Europe de l'Est et du Sud, d'Asie ;

- mais aussi la population française âgée de plus de 75 ans qui a connu dans l'enfance une épidémiologie de la tuberculose équivalente à celle des pays de forte prévalence actuellement.

La réactivation d'une infection tuberculeuse ancienne chez les personnes âgées est responsable dans cette tranche d'âge d'une incidence croissante et constitue un risque de non-diagnostic, ou de diagnostic tardif avec ses conséquences en termes de transmission en collectivité, et de difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

L'autre aspect notable tient au fait que la tuberculose reste liée à la précarité, car la pauvreté, la dénutrition, les conditions de vie en foyer ou en logement insalubre concourent à favoriser d'une part la promiscuité et donc la transmission du bacille, d'autre part la baisse des défenses immunitaires et donc le développement de la tuberculose maladie.

Certaines dispositions favorisent l'accès et la bonne conduite du traitement de la maladie en France : prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des soins de la tuberculose maladie, et éventuellement, en cas d'absence de droits sociaux, possibilité de délivrance gratuite des médicaments par les dispensaires antituberculeux. L'Organisation mondiale de la santé recommande d'utiliser la *Directly Observed Therapy* (DOT) qui consiste à organiser la délivrance du traitement chaque jour ou 3 fois par

semaine et de s'assurer qu'il est effectivement ingéré par le patient grâce à un dispositif spécifique ; le système français ne permet pas ou rarement de réaliser une véritable DOT, mais l'accès aux hôpitaux, la délivrance gratuite des médicaments par les services de lutte antituberculeuse et le Samu social à Paris, l'existence de dispensaires antituberculeux bien qu'en nombre réduit et à horaires d'ouverture variables, tentent de compenser ce déficit.

Globalement, grâce à une étude nationale récente, on peut constater que l'accès à la prise en charge n'est pas un problème mais que le délai de prise en charge est plus long si le patient n'a pas de médecin traitant.

D'autre part, la rapidité de réalisation de la radiographie pulmonaire conditionne la rapidité du diagnostic et donc du traitement.

Ces faits expliquent le rôle central joué par l'hôpital dans la prise en charge de la tuberculose maladie, qui conduit dans plus de 80 % des cas à une hospitalisation pour le début de la prise en charge et le suivi.

Mais globalement le délai du diagnostic est long, près de 3 mois en moyenne, lié souvent au délai important qu'implique, pour un patient démuné sans couverture sociale, souvent migrant, l'accès au système de soins, et aussi au temps perdu par des successions de traitements antibiotiques à l'aveugle devant une toux qui traîne.

Consacrer une monographie de *La Revue du Praticien* à la tuberculose est donc logique et nécessaire, avec pour objectif de faire connaître ou de rappeler les grandes lignes de l'épidémiologie de la tuberculose en France, de l'organisation de la lutte, et de faciliter le diagnostic et le suivi des patients. •



son

Écoutez sur
www.larevuedupraticien.fr
l'interview d'Élisabeth Bouvet



É. Bouvet déclare avoir été prise en charge à l'occasion de déplacements pour congrès par Cellestis.